

CUESTIONARIO DE SALUD ESPECÍFICO COVID-19

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

APELLIDOS Y NOMBRE: _____

DNI.: _____

Antes de nada, le solicitamos que responda a unas preguntas en relación con su estado de salud previo al efecto de poder prestarle una atención segura y adaptada a sus condiciones de salud.

1. ¿Tiene fiebre (>37,5°C) o la ha tenido en los últimos 14 días?

SÍ **NO**

2. ¿Ha tenido problemas respiratorios (tos y dificultad respiratoria), mareos o diarrea en los últimos 14 días?

SÍ **NO**

3. ¿Ha estado en contacto estrecho (familia, trabajo, visita a establecimientos...) con una persona con los síntomas anteriormente descritos?

SÍ **NO**

4. ¿Me han confirmado que he pasado el COVID-19?

SÍ **NO**

5. ¿Ha estado en contacto con alguna persona que ha sido confirmada de COVID-19?

SÍ **NO**

6. ¿He acudido en los últimos 14 días a un centro hospitalario?.

SÍ **NO**

7. ¿Realiza alguna actividad de riesgo como trabajar en un hospital, residencia de ancianos o un establecimiento en atención al público?

SÍ **NO**

8. ¿En su trabajo o actividad de riesgo se toman medidas de seguridad y distanciamiento?

SÍ **NO**

Temperatura del paciente al entrar en la Clínica:

°C

**Información muy relevante en relación con los
datos de salud manifestados o tomados por la Clínica.**

- 1.-(datos del responsable del fichero)..... ,
con D.N.I./C.I.F., le informa de que los datos personales facilitados serán trata-
dos con la **finalidad de gestionar y proporcionar la asistencia odontológica requerida**. Los
datos que se le solicitan resultan necesarios para proporcionar dicha asistencia durante la situación
de pandemia creada por la propagación del virus SARS-CoV-2 (“Coronavirus”).
- 2.- La **negativa a proporcionar** los datos anteriores o a que se le toma la temperatura en este mo-
mento impedirá la prestación del servicio por parte de nuestra Clínica.
- 3.- Conforme a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente
y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica o “Ley de Auto-
nomía del Paciente”, el paciente debe **facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su
salud de manera leal y verdadera, así como el de colaborar en su obtención**, especialmente
cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria que
se presta. En otro caso, no podrá prestarse una adecuada asistencia sanitaria.
- 4.- Los datos serán tratados de forma confidencial, garantizando asimismo su seguridad mediante la
adopción de las medidas de seguridad adecuadas, exigidas por la legislación vigente.
- 5.- Sus datos personales **se conservarán en nuestros ficheros durante el tiempo adecuado a
la asistencia odontológica**, respetando en todo caso los plazos legales que exige la legislación
sanitaria aplicable o, al menos, **hasta que la pandemia del COVID-19 se declare controlada**.

Doy mi consentimiento para la toma y tratamiento de los datos de salud y declaro que tengo la infor-
mación suficiente al respecto:

El/la paciente:

D./D^a: _____

Firma del paciente

El Odontólogo/Odontóloga:

Dr./Dr^a _____

Col. n^o: _____

Firma del Odontólogo/Odontóloga